

Verbetering terminale zorg noodzakelijk

Het kabinet heeft voorgesteld de meldingsprocedure voor euthanasie te vervangen door een toetsingsprocedure. Hiertoe zullen vijf regionale commissies worden ingesteld. Hiermee wordt de verkeerde weg ingeslagen; dit zal leiden tot een toenemende bureaucratisering van euthanasie. De wetgever zou zich beter kunnen richten op stimuleren van laagdrempelige consultatie vooraf en kwaliteitsverbetering van terminale zorg.

Euthanasie is langzamerhand een zaak van vaderlandse identiteit geworden. Eind maart 1997 gingen de ministers Borst en Van Mierlo in het Vaticaan het Nederlandse euthanasiebeleid uitlegen. Kritiek vanuit het buitenland op dat beleid wordt meestal gepareerd door te wijzen op onbegrip en verdraaiing van feiten. Kritiek vanuit het binnenland raakt zo mogelijk nog gevoeliger snaren. Toen enkele jaren geleden vanuit onze vakgroep een kritisch artikel over euthanasie was ingediend bij een Amerikaans ethisch tijdschrift, werd vanuit ons land een poging ondernomen dat niet geplaatst te krijgen.



Prof.dr. H.A.M.J. ten Have



Drs. M.J.P.A. Janssens

Belangrijkste argument hierbij was dat het artikel de reputatie van Nederlandse artsen in diskrediet zou brengen. Thans lijkt de reputatie van het hele land op het spel te staan. Toen een van ons was uitgenodigd een lezing over euthanasie te geven in Madrid, werd hij bij aankomst gebeld door iemand van de Nederlandse ambassade met de vraag wat hij wilde gaan zeggen. Uiteraard is een zorgvuldige weergave van de feiten van belang. Dat neemt niet weg dat het uiteindelijk gaat om een morele discussie waarin feiten niet beslissend zijn. Het ligt er bij voorbeeld aan welke feiten worden weergegeven. In het buitenland koppen de kranten dat

bijna 60% van de gevallen van levensbeëindiging niet wordt gemeld, terwijl in ons land benadrukt wordt dat het aantal gemelde gevallen tussen 1990 en 1995 is gestegen van 18% naar 41%. Bovendien worden feiten altijd geïnterpreteerd vanuit een morele positie. Wanneer blijkt dat een op de vijftig sterfgevallen tot stand komt door euthanasie (2,4% van de totale sterfte in 1995), is dat dan veel of weinig?

Verschillend gebruik van feiten is onvermijdelijk en allesbehalve erg, wanneer tenminste helder wordt gemaakt vanuit welke morele positie die feiten worden gehanteerd. Juist op dit punt is kritiek te leveren op de huidige stand van het debat in ons land.

Drie morele discussies

Wie de ethische literatuur overziet en analyseert hoe discussies over euthanasie in het buitenland verlopen, kan vaststellen dat er sprake is van drie verschillende ethische discussies.

De moraliteit van euthanasie

Allereerst is er de kwestie van de moraliteit van euthanasie als zodanig. Hierbij gaat het om wezenlijk verschillende morele posities. De basisvraag hierbij is of mensen, ethisch gesproken, mogen beslissen om hun leven te beëindigen. Mag individuele autonomie zover reiken dat de bestaansvoorwaarde voor die autonomie, namelijk het individuele leven, wordt vernietigd? Zelfs als op deze vraag een positief antwoord wordt gegeven, volgt niet vanzelfsprekend dat het een ander (een arts) moreel vrijstaat om daarbij te helpen. Tenslotte is een cruciale vraag of, als euthanasie gerechtvaardigd wordt met een beroep op respect voor individuele autonomie, het eigenlijk niet om iets heel anders gaat, namelijk de aan-

vaardbaarheid of onaanvaardbaarheid van lijden. Hoe kunnen we anders verklaren dat slechts een minderheid van euthanasieverzoeken door artsen wordt ingewilligd, en dat tegelijkertijd de grens tussen levensbeëindiging op verzoek en zonder verzoek zo poreus is gebleken? Hebben we ons niet een rad voor ogen gedraaid door euthanasie zo af te grenzen dat het verzoek als morele rechtvaardigingsgrond in de definitie is opgenomen, terwijl voortdurend blijkt dat een ander moreel motief in de praktijk doorslaggevend is? Tot onze ergernis moeten we constateren dat het buitenland zich niet aan onze definitie houdt; dat is meer dan een misverstand, omdat euthanasie als 'mercy killing' precies weergeeft dat niet het autonome verzoek maar het lijden het centrale motief is. Dan moet de discussie ook daarover gaan, over de vraag wat, moreel gesproken, een goede benadering ter verlichting van lijden behelst.

Opvallend is dat de discussie over de moraliteit van euthanasie in ons land eigenlijk niet meer serieus wordt gevoerd. Posities liggen vast. Gezien de grote politieke consensus over de aanvaardbaarheid van euthanasie lijkt er weinig behoefte te bestaan de morele discussie hierover verder nog aan te gaan. Er is een dominante cultuur die overtuigd is van het eigen morele gelijk. Wellicht dat ook hierom zo verontwaardigd wordt gereageerd als vanuit het buitenland juist deze discussie telkens weer begonnen wordt.

De moraliteit van de euthanasiepraktijk

De tweede morele discussie waarop we ons momenteel lijken te concentreren, betreft de vraag naar de morele inrichting van de praktijk. Gegeven dat euthanasie in de praktijk wordt toegepast, hoe kan dat dan zo moreel verant-

woord mogelijk? Hierbij speelt onder meer de kwestie van openheid of geslotenheid. Waarom is het moreel beter om euthanasie in alle openheid te verrichten? Wat is de morele betekenis van een meldingsprocedure? Hier speelt ook de vraag naar legalisering of decriminalisering. Er is moreel verschil tussen de stelling dat euthanasie onder bepaalde voorwaarden geoorloofd is en dus als het beste handelen moet worden beschouwd in gegeven omstandigheden, en de stelling dat euthanasie steeds een tragische situatie is waarin je ondanks alles terecht kunt komen en je niets anders meer kunt dan kiezen uit twee kwaden. In dit verband is relevant hoe de verhouding moet zijn tussen medisch handelen en publieke controle. Opvallend in deze discussies is dat vooral de nadruk wordt gelegd op zorgvuldige procedures. Zorgvuldigheid in overleg, consultatie, uitvoering, documentatie en verantwoording staan centraal. Hiervoor worden kanalen geschapen, zoals richtlijnen, formulieren, commissies. Hoe belangrijk zorgvuldig handelen ook is, meer dan een noodzakelijke voorwaarde voor moreel handelen is het niet. Voordat we toekomen aan een oordeel of de praktijk ook moreel wenselijk, juist, geoorloofd is, mag tenminste verwacht worden dat ze zorgvuldig wordt uitgeoefend.

Preventie van euthanasie

De derde morele discussie betreft de vraag naar mogelijkheden voor preventie van euthanasie. Deze vraag, die in het buitenland al langer aan de orde is, speelt sinds kort ook in onze discussie een rol.

Op de eerste plaats wordt geredeneerd dat terughoudendheid in medische interventies wellicht voorkomt dat mensen in situaties komen waarin ze om eu-

thanasie verzoeken. Hoewel in de Verenigde Staten al een kwart eeuw heftige debatten gevoerd worden over het beëindigen of niet-beginnen van behandelingen, staat deze thematiek sinds kort op onze agenda. Pas de laatste tijd maken ziekenhuizen in ons land richtlijnen en protocollen voor het niet-reanimeren van patiënten. Dat betekent dat we ons pas sinds kort zijn gaan afvragen of we niet veel terughoudender moeten zijn met het in leven houden van ernstig zieke patiënten. Wanneer een patiënt niet de kans krijgt te overlijden aan zijn ziekte of onderliggend lijden, dan blijft inderdaad niet veel anders over dan de arts te vragen er een eind aan te maken.

Op de tweede plaats speelt in deze discussie de vraag of betere pijnbestrijding, betere stervensbegeleiding en betere palliatieve zorg niet kunnen bijdragen tot preventie van euthanasie (Janssens, 1997). Ook het kabinet staat op het standpunt dat euthanasie alleen verantwoord kan plaatsvinden in de context van palliatieve zorg. Uiteraard zijn er geen goede maatstaven om de kwaliteit van palliatieve zorg in verschillende landen te kunnen vergelijken; wel kan geconstateerd worden dat de ontwikkeling van die zorg in ons land beduidend achterloopt op ontwikkelingen in het buitenland. Daarom ook is beleid ter versterking en ontwikkeling van palliatieve zorg volgens het kabinet noodzakelijk.

Nieuwe toetsingsprocedure

Het kabinet heeft onlangs voorgesteld de bestaande meldingsprocedure voor euthanasie en hulp bij zelfdoding te vervangen door een toetsingsprocedure. Hiertoe zullen vijf regionale commissies worden opgericht. Deze commissies zullen bestaan uit drie leden:

een arts, een jurist en een ethicus. Zij zullen beoordelen of een arts in een bepaald geval medisch zorgvuldig heeft gehandeld. Binnen zes weken na ontvangst van de melding zullen de commissies hun oordeel zenden aan het parket-generaal van het Openbaar Ministerie (OM) en aan de regionale inspecteur voor de Gezondheidszorg. Het OM zal in de regel afzien van vervolging. Voor levensbeëindigend handelen zonder verzoek zal een aparte toetsingsprocedure worden ingesteld. Hiervoor zal een centrale beoordelingscommissie worden ingesteld. De betrokken bewindslieden verwachten dat door deze voorstellen de bereidheid van artsen om levensbeëindigend handelen te melden zal toenemen.

Deze voorstellen dienen kritisch onderzocht te worden. Op de eerste plaats is kritiek mogelijk op de werkbaarheid. Uit recent onderzoek blijkt dat de gemiddelde tijd die verloopt tussen het moment van melding en het bericht over de afloop van de beoordelingsprocedure door het Openbaar Ministerie bijna drie en een halve maand is voor die gevallen die niet afzonderlijk worden besproken in de Vergadering van Procureurs-Generaal (Van der Wal en Van der Maas, 1996, 28). Het valt te verwachten dat tussenschakeling van commissies deze 'doorlooptijd' alleen zal verlengen. Ook is volstrekt onduidelijk hoe commissies te werk zullen moeten gaan. Met naar schatting 3600 gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding in 1995 (een getal dat vergeleken met 1990 aanzienlijk is gestegen), betekent dat een werkbelasting per commissie van gemiddeld 720 gevallen per jaar, dus ongeveer twee per dag.

Op de tweede plaats is onduidelijk hoe commissies zullen toetsen. Twee bena-

deringen zijn hier mogelijk. De ene is dat de commissie betrekkelijk formalistisch te werk zal gaan. Zij toetst of aan de huidige zorgvuldigheidseisen is voldaan; dat kan betrekkelijk bureaucratistisch en snel worden afgehandeld. In principe is iedere rationele en medisch onderlegde leek hiertoe in staat. Maar of in dit geval nog van toetsing kan worden gesproken is zeer de vraag. De bereidheid tot melden zal toenemen, juist omdat het een formaliteit is geworden. De andere mogelijkheid is dat de commissie haar taak serieus zal nemen en elk gemeld geval grondig zal beoordelen. Dat betekent echter dat een arts die een euthanasiezaak aanmeldt, in feite vanuit drie gezichtspunten zal worden beoordeeld, namelijk medisch, juridisch en ethisch. Dat zal niet bevorderlijk zijn voor de meldingsbereidheid. Op zich kunnen commissies daarop weer reageren door zelf de zorgvuldigheidseisen te interpreteren en andere toetsingscriteria te ontwikkelen. In dat geval wordt van belang wie er precies in de commissies zitting krijgen en is het voor artsen zaak uit te vinden welke commissies meer of minder 'liberaal' zijn. Deze laatste punten gelden *a priori* voor de centrale commissie die gevallen van levensbeëindiging moet beoordelen, aangezien een welomschreven toetsingskader hier ontbreekt.

Op de derde plaats is fundamentele kritiek mogelijk op de morele implicaties van de voorgestelde regeling. De toetsingscommissies krijgen een bijna priesterlijke functie. Als de arts die euthanasie pleegt maar bij de commissie te biecht gaat, ontvangt hij vervolgens de absolutie, en dat meestal zonder penitentie. Met name de opname van een ethicus in dergelijke commissies is misleidend. De commissie toetst immers

op zorgvuldigheid van handelen. Ze velt geen oordeel over de morele aanvaardbaarheid van het handelen. Door een ethicus als commissielid ontstaat ten onrechte de indruk dat van moreel aanvaardbaar handelen sprake zou zijn. In feite kan echter iedere rationele burger beoordelen of aan de zorgvuldigheidseisen voldaan is.

Op de vierde plaats richt kritiek zich op de intenties van de voorstellen. Waarom gaat het precies? Is het de bedoeling om een buffer op te werpen tussen de medische professie en het juridisch apparaat, zodat de professie zich beschermd kan weten tegen interferenties van buitenaf? Of is de bedoeling om de kwaliteit van de terminale zorg te verbeteren, zodat patiënten zich beschermd weten tegen beroepsbeoefenaars die hun eigen normen en waarden centraal stellen? Als de kwaliteit van palliatieve zorg in ons land inderdaad verbeterd kan worden, zodat preventie van euthanasie in een aantal gevallen mogelijk is, dan dient niet achteraf, dat wil zeggen als de patiënt is overleden, *feedback* gegeven te worden. Van belang is dan dat vooraf adequate mogelijkheden tot verbetering van terminale zorg worden aangeboden. Toetsingscommissies krijgen dan een hele andere rol dan in de voorgestelde kabinetsregeling.

Consultatie vooraf

Merkwaardig is dat het kabinet in zijn standpunt naar aanleiding van de evaluatie van de meldingsprocedure euthanasie zelf stelt dat 'consultatie vooraf' verdiept en geprofessionaliseerd dient te worden. Hiertoe zouden steunpunten voor overleg en advies moeten worden ingesteld. Inmiddels heeft de Koninklijke Nederlandse Maatschap-

pij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), in samenwerking met de Amsterdamse Huisartsen Vereniging, hiervoor een proefproject opgezet dat medio 1998 haar bevindingen zal presenteren. Dat op dit punt het nodige te verbeteren valt, is af te lezen uit het evaluatierapport (Van der Wal en van der Maas, 1996). In 3% van de gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek wordt een andere arts geconsulteerd. Artsen die euthanasie of hulp bij zelfdoding niet hebben gemeld consulteren in slechts 18% een andere arts (O.c., 100-101). 70% van de huisartsen consulteert een collega uit de huisartsen/waarneemgroep en 48% van de specialisten consulteert een collega uit dezelfde instelling. In 5% van de gevallen was de consulent van de huisarts een onbekende en bij de specialisten was dit percentage 0 (O.c., 101-103). Het wekt vervolgens geen verbazing als we lezen dat nagenoeg 100% van de consulenten het eens was met de behandelend arts wanneer het uiteindelijke besluit om te euthanaseren werd genomen. Het standpunt van de KNMG dat de consulterend arts onafhankelijk moet staan ten opzichte van de behandelend arts, wordt in de praktijk met de voeten getreden. Het verbaast dan ook om even verderop te lezen: "In de gevallen waarin is geconsulteerd, is de consulent meestal onafhankelijk..." (O.c., 109).

Opvallend is dat bij de keuze van de consulent deskundigheid met betrekking tot palliatieve zorg nauwelijks een rol speelt (slechts in 2% van de gevallen was dat een reden).

Wanneer serieus de noodzaak wordt onderschreven om palliatieve zorg in ons land verder tot ontwikkeling te brengen, dan dient een geprofessionaliseerd en geïnstitutionaliseerd consulta-

tiemoment vooraf te gaan aan het besluit van de behandelend arts om al dan niet te euthanaseren. Medisch-ethische commissies kunnen hierbij zeker een rol spelen. Dergelijke commissies bestaan in het overgrote deel van de zorginstellingen. Bovendien is met name in het buitenland reeds veel ervaring opgedaan met prospectieve consultatie.

Ervaringen met consultatieve commissies

Aan het begin van de jaren tachtig ontstond in de Verenigde Staten een verhit debat over het behandelbeleid bij ernstig gehandicapte pasgeborenen. Aanleiding vormde een pasgeborene met het syndroom van Down, bij wie de ouders een levensreddende operatie weigerden (de 'Baby Doe'-casus). Als voorwaarde voor federale financiering sommeerde *The Department of Health and Human Services* de Amerikaanse ziekenhuizen postors op de betreffende afdelingen te plaatsen met als tekst: "Discriminatory failure to feed or care for handicapped infants in this facility is prohibited by law" (Strain, 1983). Een gratis telefoonnummer, een *Infant Doe Hotline*, werd ingesteld om iedereen in de gelegenheid te stellen de ziekenhuizen aan te geven die tekort zouden schieten in de zorg voor de gehandicapte pasgeborenen. Om adequaat op deze informatie te kunnen reageren werd een *Baby Doe Squad* opgericht die, opererend vanuit New York en Washington, binnen enkele uren op de plek des onheils zou kunnen zijn om medische behandeling van het betreffende kind af te dwingen. Al gauw bleek dat de doelstellingen van deze acties meer kwaad dan goed deden. Logistieke problemen, schadelijk voor de pasgeborenen, ontstonden doordat alle medische dossiers mee naar Washington werden genomen. Door

deze onderzoeken en de publiciteit die dat met zich meebracht, nam de druk op de ouders van het kind toe. Uiteindelijk oordeelde de *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* dat deze vorm van overheidsbemoeienis disproporionele nadelen met zich meebracht.

In plaats hiervan zouden de ziekenhuizen verzocht moeten worden om commissies in het leven te roepen die zich enkel zouden toeleggen op behandelingsbeslissingen in de neonatologie. Voorts wilde men in de toekomst de juridische problemen die de *Baby Doe*-casus met zich had meegebracht vermijden wanneer ook intern consensus bereikt kon worden. De *American Academy of Pediatricians* reageerde positief op dit voorstel en werkte de doelstellingen en werkwijzen die deze commissies zouden moeten krijgen verder uit. Alle ziekenhuizen werden geadviseerd zulke commissies op te zetten. Het uiteindelijke doel van de *Infant Bioethics Committees* (ook wel *Pediatrics Ethics Committees* of zelfs *Baby Doe Committees* genoemd) was de garantie te bieden dat moeilijke behandelingsbeslissingen in de neonatologie op een zo zorgvuldig mogelijke manier genomen zouden worden. Vanuit dit algemene doel werden vier doelstellingen geformuleerd: educatie, beleidsontwikkeling, consultatie vooraf en beschouwing achteraf (*Infant Bioethics Takes Force and Consultants*, 1984).

Bij moeilijke casus, waar het nalaten of staken van medische behandelingen wordt overwogen en/of waarbij meningsverschillen zijn ontstaan tussen de ouders en de specialist, zou de commissie vooraf geraadpleegd moeten worden. Een dergelijke consultatie moet uitgaan van vrijwilligheid en niet door druk van bovenaf. In de meeste geval-

len zal het verzoek om consultatie van de behandelend arts moeten komen alhoewel andere betrokkenen eveneens een verzoek kunnen indienen. Verder zal uiteindelijk de behandelend arts de eindverantwoordelijkheid moeten dragen voor de beslissingen die genomen worden. De commissie is er niet om beslissingen van artsen uit handen te nemen. Veeleer is het haar taak om toe te zien dat onjuiste beslissingen niet genomen worden. "*They should be a check on bad decisions, not the primary deciders themselves*" (Fleischman en Murray, 9).

Tijdens de bespreking zal eerst helderheid verschaft moeten worden omtrent de feiten van de casus en omtrent de relevante morele vragen die daarbij opdoemen. Vervolgens worden dan alle behandelingsmogelijkheden in kaart gebracht waarna binnen een coöperatieve sfeer een besluit genomen wordt dat het meest recht doet aan het belang van de pasgeborene.

Achteraf zou de commissie medische dossiers moeten kunnen bespreken in die gevallen waarbij afgezien is van behandeling. Voorop staat hierbij hoe de kwaliteit van de medische besluitvorming verbeterd kan worden ten behoeve van de patiënt. Het is van belang achteraf te controleren of alle casus die besproken hadden moeten worden ook daadwerkelijk besproken zijn. Verder kan op deze manier de effectiviteit van de beleidsrichtlijnen steeds opnieuw geëvalueerd worden. Tot slot kunnen de beslissingen van de commissie zelf op deze wijze geëvalueerd worden.

Inmiddels zijn talloze *Infant Bioethics Committees* opgericht en is grote ervaring opgedaan met prospectieve casusanalyse. In 1985, niet meer dan drie jaar na de Baby Doe-casus, had 75% van alle Amerikaanse kinderziekenhuizen een

Infant Bioethics Committee. Twee jaar later had het merendeel van de ziekenhuizen met een afdeling neonatologie of verloskunde een commissie die zich met ethische vragen rondom behandelbeleid van pasgeborenen bezighield. Soms viel de samenstelling van de *Infant Bioethics Committee* samen met de ethische commissie van het ziekenhuis. Soms ook was het een subcommissie van de ethische commissie. In 37% van de gevallen was het een zelfstandige commissie (Mahowald, 1988).

Geen toetsing maar consultatie

De Amerikaanse *Infant Bioethics Committees* kunnen goede aanknopingspunten geven voor een beoordeling van het kabinetsstandpunt om regionale toetsingscommissies in te stellen. Immers, ook daar was het doel een betere medische besluitvorming en ook daar wilde men de rechtspraak meer naar de achtergrond doen verdwijnen. Tegelijkertijd is door het benadrukken van consultatie vooraf een situatie ontstaan waarin verbetering van de behandelingspraktijk door optimaal gebruik maken van beschikbare deskundigheid een hogere prioriteit heeft dan juridische toetsing achteraf. Deze beoordeling vertrekt vanuit een aantal kritische kanttekeningen. Wanneer de taakstelling van toetsingscommissies vooral consultatief wordt, zullen de mogelijkheden tot verbetering van palliatieve zorg maximaal kunnen worden benut. Daarmee zou meer werk gemaakt worden van preventie van euthanasie dan nu het geval is. Voor het verwezenlijken van deze prospectieve consultatiefunctie kan worden aangesloten op bestaande structuren binnen zorginstellingen. Hierbij is het essentieel dat in elke commissie palliatieve zorgspecialisten beschikbaar zijn. De deskundigheid van

dergelijke specialisten dient te garanderen dat alle behandelingsalternatieven en andere vormen van ondersteuning mogelijk zijn.

Natuurlijk vraagt een dergelijke opzet een jarenlange educatieve inspanning, juist doordat de vereiste palliatieve deskundigheid op dit moment nog schaars aanwezig is. De door het kabinet voorgestelde steunpunten voor consultatie kunnen het beste worden ingezet om palliatieve expertise op korte termijn te laten diffunderen in het netwerk van ethische commissies zoals dat op dit ogenblik in zorginstellingen functioneert. In plaats van een snelle procedurele oplossing om het aantal meldingen te verhogen, kan beter gemikt worden op een wezenlijke verbetering van de praktijk van de zorgverlening aan mensen in de laatste fase van hun leven.

Conclusie

De huidige kabinetsvoorstellen met betrekking tot euthanasie zijn eenzijdig, doordat ze zich voornamelijk richten op vergroting van de meldingsbereidheid bij artsen, in plaats van op verbetering van de terminale zorg bij patiënten. De voorgestelde toetsingscommissies zullen zich slechts marginaal van hun taak kunnen kwijten, gezien het hoge aantal euthanasiegevallen per jaar. Daarmee wordt een toemende bureaucratisering van euthanasie in de hand gewerkt.

Voor het tot stand brengen van een optimale kwaliteit van stervensbegeleiding is een andere benadering noodzakelijk waarbij het focus van deze commissies komt te liggen op laagdrempelige consultatie vooraf. Door het gebruik maken van een zo hoog mogelijk niveau van palliatieve expertise kunnen daadwerkelijk alternatieve behandelingsmogelijkheden worden aangedragen, waardoor

het aantal euthanasiegevallen zal kunnen afnemen. Door kwaliteitsverbetering van terminale zorg tot centrale doelstelling van dergelijke commissies te maken, zal een sterk signaal worden afgegeven dat euthanasie in ons land niet als normaal medisch handelen wordt beschouwd.

Prof.dr. H.A.M.J. ten Have en drs. M.J.P.A. Janssens zijn respectievelijk als hoogleraar medische ethiek en onderzoeker 'ethiek en palliatieve zorg' werkzaam bij de Vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, Faculteit der Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Literatuur

Fleischman, A.R. en Murray, T.H.: *Ethics committees for infants Doe?* Hastings Center Report 1983, 5-9.

Infant Bioethics Task Force and Consultants: *Guidelines for Infant Bioethics Committees*. Pediatrics 74 (1984) 306-310.

Janssens, M.J.P.A.: *Palliatieve zorg in Nederland. Concept in context*. Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek 7 (1997) 3-6.

Mahowald, M.B.: *Baby Doe Committees. A critical evaluation*. Clinics in Perinatology 15 (1988) 789-800.

Standpunt van het kabinet naar aanleiding van de evaluatie van de meldingsprocedure euthanasie. Sdu, Den Haag 1997.

Strain, J.E.: *The American Academy of Pediatrics comments on the 'Baby Doe II' regulations*. New England Journal of Medicine 309 (1983) 443-4.

Van der Wal, G., van der Maas, P.J.: *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*. Sdu, Den Haag 1996.